



# ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



**FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2026 - 27**

## FICHE IDENTITE

NOM ET PRENOM : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

☎ : ..... **e-mail, @** : (obligatoire) .....

## COTISATIONS :

Parcours Training lundi 20h15: **160 €**

Pilates adulte lundi 18h15: **160 €**

Pilates adulte lundi 19h15: **160 €**

Gym adulte agrès : **160 €**

Pilates senior débutant : **160 €**

Pilates senior intermédiaire : **160 €**

Stretching lundi 10h30 **160 €**

Renfo adapté lundi 9h45 **160 €**

*En cas d'inscriptions à plusieurs activités adultes : -20€ si 2 activités et -50 € si 3 activités*

REGLEMENT : (NBRE).....**CHEQUES**

CHQ 1 : NUM.....(ENCAISSE EN SEPT)

CHQ 2 : NUM.....(ENCAISSE EN OCT)

CHQ 3 : NUM.....(ENCAISSE EN NOV)

*chèques libellés à l'ordre « les Cigales Gymnastique ».*

LA COTISATION DOIT ETRE REGLEE IMPERATIVEMENT PAR CHEQUE, PAS DE PAIEMENT EN ESPECES NI EN CHEQUE VACANCES.

## INFORMATIONS MEDICALES :

En cas d'accident prévenir :Mr ou Mme : .....

N° Sécurité Sociale : ..... ☎ : .....

En cas de problèmes particuliers (allergies ...), veuillez les noter ci-dessous :

## DOCUMENTS A FOURNIR :

FICHE IDENTITE

INFORMATIONS MEDICALES

LA COTISATION

QUESTIONNAIRE DE SANTE

**DOSSIER COMPLET A REMETTRE AVANT FIN JUIN A L'ENTRAINEUR OU  
LE 03/07/2026 A LA PERMANENCE POUR LES INSCRIPTIONS DE 17H30 A 19H30  
OU LE 25/08/2026 DE 18H30 A 20H**

**UNE REUNION D'INFORMATION LE 23/09/2026 A 20H00**



# ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



CERTIFICAT MEDICAL OU QUESTIONNAIRE DE SANTE :

## Questionnaire de santé pour la pratique sportive 2026-2027

Nom, Prénom : .....

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	oui	non
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>À ce jour :</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

✂-----

### Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive

Je, soussigné, .....

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence pour la saison 2026-2027.

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à.....le..... Signature